CHAPITRE PREMIER

LE MODÈLE CONTEMPORAIN

Docteur Bernadette de Gasquet

Aujourd'hui, on constate une *évolution des valeurs* : la femme enceinte, le bébé et le père sont très valorisés. Les suites de couches n'intéressent personne. C'est le temps « mort » de la maternité.

Notre société valorise énormément la grossesse. Jamais l'enfant n'a été aussi précieux. Toutes les stars affichent en gros plan leur gros ventre, symbole de bonheur et de réussite de leur vie de « femme ». De multiples journaux fleurissent sur la maternité et les émissions télévisées spécialisées battent des records d'audimat. Les salons spécialisés font le plein et le budget lié au premier enfant est le plus important de la vie, avant même celui de l'installation en « ménage » ou du mariage.

La future maman est dans une position enviée par beaucoup de femmes et peut-être même par beaucoup d'hommes, dont l'intérêt pour la grossesse est grandissant.

Mais les lendemains ne sont pas toujours chantants. On a oublié d'apprendre les berceuses aux mamans ! Dommage, car le chant, surtout répétitif, est un très bon calmant, un anxiolytique puissant. Avant d'endormir le bébé, il apaise la mère…

Les suites de couches peuvent se définir comme une période de vide : vide institutionnel, vide social, physique, vide psychique parfois.

Le vide institutionnel

Au plan institutionnel, on tend à limiter de plus en plus la prise en charge des accouchées. La tendance est à la sortie précoce, pour des raisons économiques et parce qu'il y a peu d'intérêt chez les profes-

sionnels. Pour une sage-femme ou un médecin, être affecté aux suites de couches est souvent considéré comme peu valorisant, peu excitant, dans le contexte actuel de la médicalisation de l'accouchement.

Si les suites sont « simples » selon l'expression consacrée, c'est qu'il n'y a pas de pathologie et donc les professionnels se sentent inutiles : *« Vous serez mieux chez vous, ici on ne sait s'occuper que des gens malades. »*

Et les suites pathologiques, heureusement, sont rares. On va donc simplement surveiller ce qui pourrait être grave médicalement, comme après une opération : infections, hémorragie, anémies, phlébites, etc. Néanmoins, la dose d'antalgique distribuée quasi systématiquement indique bien que les suites sont souvent sources de douleurs… normales. Médicalement, c'est fini. Bébé et Maman n'ont pas de pathologie : « Revenez dans six semaines et voyez le pédiatre. »

Le bébé au centre du tableau

Médicalement et socialement, le bébé est au centre du tableau. Tout le monde vient le voir, s'intéresse à lui. Il y a un spécialiste pour lui, *le pédiatre*, des puéricultrices qui *apprennent* à la mère (et au père) les soins du nouveau-né, selon les derniers protocoles.

Ce mode d'emploi est assorti de recommandations impératives : « N'écoutez surtout pas ce que disent les grands-mères ou vos amies… ». « Et, si vous avez déjà accouché il y a quelques années, oubliez tout, c'est faux. Il ne faut plus coucher le bébé sur le ventre, il ne faut plus donner telle vitamine, il faut introduire l'alimentation variée beaucoup plus tard… »

Mais soyez détendue, faites selon votre instinct.

Il y a quelquefois une *aide pour l'allaitement*, seule « discipline » post-natale qui intéresse les professionnels de l'obstétrique (le nombre de formations des équipes sur ce thème est révélateur !). Mais c'est surtout l'enfant qui est visé, la médecine moderne ayant découvert depuis peu que le lait maternel pouvait être bénéfique, après avoir balayé comme dépassée cette fonction vraiment trop « archaïque » qui ne permettrait pas les quantifications et contrôles

dignes d'une médecine scientifique !

On va aussi trouver de plus en plus d'observations du comportement des mères dans le but de détecter un danger pour l'enfant. La *dépression du post-partum* n'a pas disparu avec les progrès médicaux et l'augmentation du niveau d'éducation et d'information. Elle semble même en recrudescence et fait aussi l'objet de beaucoup de recherches, publications, surtout pour *prévenir la maltraitance d'enfants* pourtant désirés. On sait donc bien qu'il peut y avoir des choses difficiles et déterminantes dans cette période.

J'ai reçu un appel d'une jeune femme qui avait dû subir une interruption médicale de grossesse à sept mois. Elle m'a dit avoir été bien « suivie » psychologiquement, mais ressentait le besoin de faire quelque chose dans son corps. Elle avait été enceinte, elle avait accouché, elle avait *besoin de revenir dans son corps* pour se remettre et se resituer. Mais il n'y avait rien de prévu : l'accouchement avait été facile, le fœtus étant très petit, donc son périnée n'avait « pas souffert » et on ne lui prescrivait pas de rééducation, seule pratique corporelle proposée aux accouchées (très tardive, voir plus loin).
Cela signifie bien que, dans notre conception, s'il n'y a pas de bébé, il n'y a pas de mère ! C*'est l'enfant qui fait la mère et non la mère qui fait l'enfant*.

Les réponses institutionnelles

Les réponses institutionnelles se font toujours sur un registre médical et morcelé. Antalgiques, anti-inflammatoires, fer, antidépresseurs et autres médicaments ou consultation psychologique, puis, plus tard, consultation chez le pédopsychiatre, spécialité qui se développe de manière révélatrice. Les difficultés parents-enfants, le mal-être des petits sont résistants aux supervitamines, super-recettes d'éducation et autre bifidus…

Quant aux séquelles éventuelles sur le corps de la femme, la prescription de rééducation périnéale dédouane tout le monde, mais tend à confirmer qu'il faudra réparer. On le sait mais on ne le

dit pas et on ne « prévient » pas, à tous les sens du terme.

En ce qui concerne la sexualité, la prescription de pilule contraceptive, souvent perçue comme « étrange » par la femme qui ne s'y attend pas et n'est pas du tout dans cette dynamique, constitue souvent la seule prise en charge.

Nous verrons que les réponses traditionnelles aux mêmes besoins, bien identifiés, sont beaucoup plus globales, initiatiques, à la fois corporelles et symboliques, psychiques et mécaniques. Elles accompagnent un passage fondamental, elles visent à rendre les mères compétentes et à renforcer leur confiance en elles.

Pourrait-on allier ces savoirs, ces pratiques, à nos possibilités thérapeutiques ? Il faut peut-être simplement réapprendre dans nos facultés de médecine la physiologie, la naissance normale, le maternage normal et essayer de faire qu'ils le restent. Quelques gestes simples, quelques principes de bon sens pourraient améliorer bien des choses, y compris le plaisir des professionnels (voir, plus loin, l'exemple d'une maternité de niveau 3, c'est-à-dire de très grandes dimensions et recevant des grossesses présentant les plus hautes pathologies).

Une plainte généralisée

L'écoute des mamans est éloquente : quelle que soit la maternité, elles sont le plus souvent satisfaites du suivi de grossesse, de l'accouchement, et se plaignent d'être abandonnées ensuite. Même dans les lieux qui se veulent plus « humanisés » c'est le temps vide, en partie parce que le personnel ne sait pas ce qu'il pourrait offrir de différent, et parce que ce personnel est débordé et qu'il n'y a personne pour « s'occuper » des mamans sans pathologie.